

VetBLUE : scoring

Date et heure :

Nom du patient - propriétaire :

Nom de l'opérateur :



Thorax gauche

	Cd	Ph	My	Cr
B-lines	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> ∞	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> ∞	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> ∞	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> ∞
Shred sign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tissue sign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodule sign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wedge sign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Thorax droit

Fenêtre DH

	Cd	Ph	My	Cr	DH
B-lines	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> ∞	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> ∞	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> ∞	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> ∞	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> ∞
Shred sign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tissue sign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodule sign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wedge sign	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>